



HEALTH SERVICES DEPARTMENT

School Entry Physical Examination

ကျောင်းဝင်စာရင်းအတွက်ကျန်းမာရေးဖော်ပြ

မိဘများဖြည့်စွက်ရန် _____

ကျောင်းသူ/သားနာမည် _____ မွေးနေ့ ____/____/____

[ယောက်ျား]/[မိန်းမ] လိင်စာ _____ ကျောင်း _____ အတန်း _____

မိဘနာမည် _____ အိမ်ဖုန်းနံပါတ် _____

ကလေးကိုဒုက္ခပေးသောဂောရီအားလုံးကိုမှတ်သားပေးပါ။

- | | | | |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ဒေါသကြီးသောဂောရီ | <input type="checkbox"/> အသက်ရှူလမ်းကြောင်းတွင်ပိုးတမျိုး | <input type="checkbox"/> နှလုံးဂောရီအခြေအနေ | <input type="checkbox"/> တံစဉ်ပုံသဏ္ဍာန်သွေးကလပ်အားနည်းခြင်း |
| <input type="checkbox"/> မတည့်သောအာဂျ | <input type="checkbox"/> သွေးချို | <input type="checkbox"/> ကျောက်ကပ်ဝေဒနာ | <input type="checkbox"/> ကြည့်ရှုခြင်းနှင့်ဆိုင်သောအာဂျပျက်စီးခြင်း |
| <input type="checkbox"/> ပန်းနာကျင်ကြပ် | <input type="checkbox"/> အစာတမျိုးမျိုးနှင့်မတည့်ခြင်း | <input type="checkbox"/> စိတ်ဂောရီတမျိုး | <input type="checkbox"/> အခြားသော _____ |
| <input type="checkbox"/> ပျားပုတုံးကိုက်ခြင်းထိုးခြင်းနှင့်မတည့် | <input type="checkbox"/> အူကြောင့်ဝမ်းအခြေအနေမမှန်ခြင်း | <input type="checkbox"/> အာဂျကြောဂောရီ | _____ |
| <input type="checkbox"/> ဝက်သက်ပဲသီတာဖြစ်သည်(နေ့စွဲ) _____ | <input type="checkbox"/> နားထိုင်းသည် | <input type="checkbox"/> ဂုတ်တဂုတ်ဝက်ဂူးတက်ခြင်း | _____ |

ကလေး၏ကျန်းမာရေးအခြေအနေပြင်းထန်သောဂုတ်တဂုတ်ထိခိုက်မှုခွဲစိတ်မှုများရှိပါကအတိုချုံးဖော်ပြပေးပါ။ _____

ကလေးမှန်မှန်သောက်ဂုသောဆေးများကိုဖော်ပြပေးပါ _____

မိဘ/အုတ်ထိမ်းသူလက်မှတ် _____ နေ့စွဲ _____

အောက်ပါအကြောင်းအရာများဆေးဆရာဝန်သာဖြည့်စွဲရမည်။

TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN

HT _____ WT _____ Bp _____ LEAD TEST: Date ____/____/____ [] capillary or [] venous Result _____

**Lead testing only if physician deems applicable*

	NORM.	ABNORM.	REMARKS
Eyes			Vision: RT LT
ENT			
Lungs			
Heart			
Abdomen			
Hernia			
Extremities			
Neuro			
Skin			

Other conditions/disabilities: _____

Urine (if applicable): Alb _____ Sugar _____ Should child be restricted from any activities? [] yes [] no If yes, explain.

Physician's signature _____ Date _____